

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC

CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

SCHEILA DE LIMA MARTINS

**MUDANÇAS OCORRIDAS NA VIDA DOS PARTICIPANTES DO
GRUPO DE APOIO AO TABAGISTA**

CRICIÚMA, NOVEMBRO DE 2010.

SCHEILA DE LIMA MARTINS

**MUDANÇAS OCORRIDAS NA VIDA DOS PARTICIPANTES DO
GRUPO DE APOIO AO TABAGISTA**

Monografia apresentada à Diretoria de Pós-graduação da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, para a obtenção do título de Especialista em Saúde Mental.

Orientadora: Prof. MSc. Izabel Scarabelot Medeiros

CRICIÚMA, NOVEMBRO DE 2010.

Dedico este trabalho a meu compreensivo esposo Wagner, que tanto me apoiou em mais esta etapa de minha vida acadêmica.

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo conhecer as mudanças ocorridas na vida pessoas que participaram do grupo de apoio ao tabagista numa Unidade de Saúde, já que após a realização deste grupo, teve-se a necessidade de avaliar as respostas apresentadas em seu cotidiano. Para isto, realizamos uma pesquisa qualitativa, através da entrega de um questionário com perguntas abertas aos participantes do grupo de apoio ao tabagista. De um total de dez participantes do grupo, cinco responderam ao questionário, os outros não retornaram com as informações solicitadas. Para alguns pode-se atribuir a dificuldade de manter-se abstinente ou até mesmo receio em manifestar sua dificuldade em realizar o tratamento. Pudemos observar o relato de muitas mudanças para os participantes do grupo, principalmente no que diz respeito a alterações físicas, emocionais e sociais, além do melhor relacionamento com os familiares e em sua rotina diária. Acreditamos que estudos deste tipo são importantes por permitirem aos profissionais que são facilitadores de grupos de apoio a avaliação do desempenho de seu trabalho, ao mesmo tempo em que servem como base para o estímulo de outras pessoas que desejam cessar o tabagismo. Aspectos preventivos devem fazer parte deste quadro, com educação nas escolas e comunidade voltada a luta contra o tabagismo.

Palavras-chave: Abandono do uso do tabaco. Tabagismo. Resultado de tratamento.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Identificação dos participantes.....	23
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP: Comitê de Ética e Pesquisa

DPOC: Doença pulmonar obstrutiva crônica.

ESF: Estratégia de Saúde da família

MS: Ministério da Saúde

OMS: Organização Mundial de Saúde.

PNTC: Programa Nacional de Controle do Tabagismo.

SUS: Sistema Único de Saúde.

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	07
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	11
2.1	Tabagismo.....	11
2.2	Grupo de Apoio ao Tabagista.....	12
2.2.1	Primeira fase da sessão: A atenção individual.....	15
2.2.2	Segunda fase da sessão: Estratégias e informações.....	16
2.2.3	Terceira fase da sessão: Revisão e discussão.....	17
2.2.4	Quarta fase da sessão: Tarefas.....	17
2.3	Conteúdo das sessões.....	18
3	METODOLOGIA.....	20
3.1	Local do estudo.....	20
3.2	Período do estudo.....	20
3.3	Tipo de estudo.....	20
3.4	Técnicas e instrumentos do estudo.....	21
3.5	Participante do estudo.....	21
3.6	Análise de dados.....	21
3.7	Aspectos éticos.....	22
4	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	23
4.1	A Identidade do grupo.....	23
4.2	O desejo de mudança frente ao tabagismo.....	24
4.3	As mudanças sem o tabaco.....	27
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
	REFERÊNCIAS.....	33

1 INTRODUÇÃO

O tabagismo está associado à alta morbimortalidade, sendo responsável por aproximadamente 5 milhões de mortes ao ano no mundo, e considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a maior causa de morte evitável e de maior crescimento. Apesar das evidências da associação do tabaco a várias patologias (BRESLAU APUD CASTRO, 2007; GRANT APUD CASTRO, 2007) e sua incidência estar diminuindo em alguns países, sabe-se que alguns tabagistas têm muita dificuldade para manter a abstinência (BRESLAU APUD CASTRO, 2007), tornando a sua abordagem um desafio para os profissionais que trabalham na área da saúde (CASTRO, 2007).

Sabe-se que das mortes ocasionadas pelo tabagismo no mundo, 40 a 45% são por câncer, dos quais 90 a 95% por câncer de pulmão, 75% dos óbitos ocorrem por doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), 20% por doença vascular e 35% por doença cardiovascular. Cerca de 20% da população mundial fuma, sendo que 80% dos fumantes encontram-se nos países em desenvolvimento (RAMOS, 2009).

Em 1998, foi demonstrado que, no Brasil, 30,6 milhões da população brasileira eram fumantes. A Organização Mundial de Saúde prevê que, se o atual padrão mundial de consumo de tabaco não for revertido (1,1 bilhão de fumantes), o número de óbitos poderá chegar a 10 milhões no ano de 2020, dos quais 70% ocorrerão nos países em desenvolvimento (RAMOS, 2009).

Embora a legislação brasileira venha se tornando mais proibitiva em relação ao consumo de cigarros ou assemelhados e venha cerceando a propaganda, muitos esforços ainda precisam ser feitos para que haja mais significativa redução do consumo. Segundo Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição, a prevalência de fumantes acima de 15 anos no país era de 32% em 1989, sendo de 18,8% em 2003 (RAMOS, 2009).

Levando em consideração todos estes fatores, o Ministério da Saúde assumiu através do Instituto Nacional de Câncer em 1989, o papel de organizar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT). Esse Programa tem como objetivo reduzir a prevalência de fumantes em nosso país, e a conseqüente morbimortalidade por doenças tabaco relacionadas. Para isso utiliza as seguintes

estratégias: prevenção da iniciação ao tabagismo, proteção da população contra a exposição ambiental à fumaça de tabaco, promoção e apoio à cessação de fumar e regulação dos produtos de tabaco através de ações educativas e de mobilização de políticas e iniciativas legislativas e econômicas (BRASIL, 2004 a).

Para que essas ações atinjam a todo o território brasileiro, foi organizada uma rede nacional para gerenciamento regional do Programa, através do processo de descentralização e parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, seguindo a lógica do SUS (BRASIL, 2004 a).

Hoje, nos 26 estados da Federação e no Distrito Federal, as Secretarias Estaduais de Saúde possuem uma Coordenação do Programa de Controle do Tabagismo que, por sua vez, vêm descentralizando as ações para seus respectivos municípios (BRASIL, 2004 a).

Essas ações vêm gerando uma diminuição da aceitação social do tabagismo, fazendo com que um número cada vez maior de fumantes deseje parar de fumar. Pesquisas mostram que cerca de 80% dos fumantes desejam parar de fumar, porém apenas 3% conseguem a cada ano, sendo que desses, a maior parte consegue sozinho, sem ajuda, o que coloca em evidência o grande potencial que a abordagem rotineira do fumante possui para reduzir a prevalência de fumantes (CINCIPRINI APUD BRASIL, 2004 a).

As ações para promover a cessação do tabagismo que integram o PNCT, têm como objetivo motivar fumantes a deixarem de fumar e aumentar o acesso dos mesmos aos métodos eficazes para tratamento da dependência da nicotina.

Para alcançar esse objetivo, o Programa tem envolvido a articulação de diferentes tipos de ações como: capacitação de profissionais de saúde e financiamento de ações voltadas para a abordagem e tratamento do fumante na rede do Sistema Único de Saúde (SUS), elaboração de um consenso nacional sobre métodos eficazes para cessação do tabagismo, divulgação desses métodos através de campanhas, da mídia, e de eventos dirigidos a profissionais de saúde e implantação do *Disque Pare de Fumar*, com inserção do número desse serviço nas embalagens dos produtos derivados de tabaco ao lado de advertências sanitárias contundentes (BRASIL, 2004 a).

Após a realização da capacitação oferecida pelo Ministério da Saúde para profissionais de saúde, a fim de instrumentalizá-los para trabalhar de forma mais

fundamentada a questão do tabagismo, teve-se a oportunidade de conduzir um grupo de auto-ajuda para a cessação do tabagismo, de acordo com a metodologia proposta pelo Ministério da Saúde. Porém, durante a realização do grupo, surgiram questionamentos sobre quais os benefícios e mudanças na vida diária de seus participantes que a cessação do tabagismo estaria causando.

Pensa-se, enquanto profissional de saúde, que tais mudanças são positivas, mas acredita-se que elas influenciam vários aspectos da vida destas pessoas, e não apenas a saúde. Assim sendo este trabalho teve como objetivo geral: conhecer as mudanças ocorridas na vida das pessoas que participaram do grupo de apoio ao tabagista numa unidade de saúde, em 2010.

Para alcançá-lo, tivemos como objetivos específicos:

- Conhecer o perfil dos participantes;
- Identificar entre os participantes o abandono do tabagismo;
- Conhecer os benefícios percebidos físicos após pararem de fumar;
- Conhecer os benefícios sociais percebidos por eles em sua vida cotidiana;
- Verificar as mudanças ocorridas na rotina diária dos participantes.

Para o alcance destes objetivos foi realizada uma pesquisa qualitativa, pois segundo Leopardi (2002), este tipo de pesquisa visa compreender um problema da perspectiva dos sujeitos que o vivenciam, ou seja, sua satisfação, desapontamentos, surpresas e outras emoções, sentimentos e desejos. Atenta-se, portanto, ao contexto social no qual o evento ocorre. Este tipo de pesquisa é usado quando não se pode ter instrumentos de medida precisos, deseja-se dados subjetivos ou se faz estudos de um caso particular, de avaliação de programas ou ainda quando não se possui informações sobre o assunto.

Diante destas considerações, tivemos como questão norteadora da pesquisa: quais as mudanças ocorridas no cotidiano das pessoas que participaram do grupo de apoio ao tabagista?

As respostas para esta questão foram de cunho individual, e por isso, as hipóteses:

- Os participantes do grupo de apoio ao tabagista apresentam resposta positiva em relação à cessação do tabagismo, seguindo em abstinência, com benefícios físicos, emocionais e sociais;

- Os participantes do grupo de apoio ao tabagista apresentam resposta pouco positiva em relação ao abandono do fumo, referindo dificuldades em se manter na abstinência;
- Os participantes do grupo de apoio ao tabagista referem que o grupo auxiliou na decisão e manutenção de abstinência ao fumo, através da troca de experiências e das informações obtidas através do grupo.

1 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Tabagismo

As doenças cardiovasculares e o câncer são as principais causas de morte por doença no Brasil, sendo que o câncer de pulmão é a primeira causa de morte por câncer. Apenas 6,7% dos casos de câncer de pulmão não estão relacionados ao cigarro, pois 90% ocorrem em fumantes, e 3,3% em fumantes passivos (BRASIL, 2001).

Na maioria das vezes, o cigarro leva à morte por doença coronariana (obstrução das artérias do coração), bronquite e enfisema, câncer no pulmão, outros tipos de câncer (de boca, laringe, faringe, esôfago, pâncreas, rim, bexiga e colo de útero), e doenças vasculares (entre elas, derrame cerebral e obstrução na circulação das pernas). Mesmo não levando à morte, este hábito pode causar impotência sexual no homem, complicações maternas e fetais na gravidez, úlcera do aparelho digestivo, infecções respiratórias, e trombose vascular; podendo culminar com amputação de extremidades e membros inferiores (BRASIL, 2001).

O cigarro não afeta apenas as pessoas que optam por este hábito sabidamente prejudicial. Os não-fumantes expostos à sua fumaça absorvem nicotina, monóxido de carbono e outras substâncias contidas no cigarro, charuto ou cachimbo, da mesma forma que os fumantes. A quantidade de tóxicos absorvidos passivamente depende da extensão e da intensidade da exposição, além da qualidade da ventilação do ambiente (BRASIL, 2001).

Os fumantes passivos sofrem os efeitos imediatos da poluição tabágica ambiental, tais como irritação nos olhos, manifestações nasais, tosse, dor de cabeça, exacerbação de problemas alérgicos e cardíacos - principalmente elevação da pressão arterial e angina (dor no peito). Outros efeitos a médio e longo prazo são a redução da capacidade funcional respiratória, aumento do risco de aterosclerose e aumento do número de infecções respiratórias em crianças. (BRASIL, 2006).

Para Balbani (2005), um número cada vez maior de pessoas manifesta aversão ao tabaco e ao fumo passivo. Nos locais públicos onde o fumo ainda não foi proibido por lei, comumente ocorre a segregação dos fumantes. Essas medidas

protegem os não-tabagistas, mas são ineficazes para solucionar a questão da dependência da nicotina.

A permanência em um ambiente poluído permite absorção de quantidades de substâncias nocivas em concentrações semelhantes às de quem fuma. Tal comprovação é feita através da medição do principal produto da decomposição da nicotina, que pode ser encontrada no sangue e na urina de não-fumantes que moram ou trabalham com fumantes.

Recentemente houve um aumento da conscientização dos indivíduos sobre o ar que eles respiram em casa, ambientes de trabalho e locais públicos. A constatação dos malefícios causados pelas substâncias tóxicas do cigarro levou a população não-fumante a exigir seus direitos. Autoridades governamentais têm, então, tentado regulamentar o uso do cigarro para minimizar seus efeitos sobre os não-fumantes. (BRASIL, 2001).

2.2 Grupo de Apoio ao Tabagista

Como forma de incluir e financiar a abordagem e tratamento do tabagismo no SUS, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS 1035/04, regulamentada pela Portaria SAS/MS 442/04, que amplia a abordagem e tratamento do tabagismo para atenção básica e média complexidade e define que os materiais de apoio e medicamentos para o tratamento do tabagismo serão adquiridos pelo MS e encaminhados aos municípios com unidades de saúde capacitadas e credenciadas para tal fim (BRASIL, 2001).

O material de apoio a ser utilizado durante as sessões de abordagem cognitivo-comportamental, individual ou em grupo, que é enviado pelo Ministério da Saúde aos municípios com unidades de saúde credenciadas para abordagem e tratamento do tabagismo é o Manual do Participante, *“Deixando de Fumar sem Mistérios”*. Esse manual fornece as informações e estratégias necessárias para apoiar os participantes a deixarem de fumar e na prevenção da recaída (BRASIL, 2001).

O Programa é destinado a ajudar os participantes a deixarem de fumar, fornecendo-lhes todas as informações e estratégias necessárias para direcionar seus próprios esforços nesse sentido. Ele consiste de uma abordagem ativa e

pragmática, em que os participantes são incentivados a aplicar o que aprenderam com o Programa em outros aspectos da sua vida (Brasil, 2004b).

O grupo citado neste estudo foi formado a partir da divulgação na unidade de saúde sobre a disponibilidade deste, onde os interessados deixavam seu nome e telefone com a enfermeira da unidade. Quando esta relação atingiu o número de dez pessoas, entramos em contato com estes para agendar a entrevista individual a ser realizada antes do início das sessões. O Ministério da Saúde recomenda que o grupo seja composto por, no máximo, 15 participantes, pois mais do que isto pode prejudicar a dinâmica do grupo durante a realização das sessões.

A abordagem cognitivo-comportamental foi o método utilizado com os participantes do grupo a ser estudado, já que é o método usado no programa “pare de fumar sem mistérios”. É uma abordagem que combina intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais, e que é muito utilizada para tratamento de dependências. Os componentes principais dessa abordagem envolvem a detecção de situações de risco de recaída e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento. Dentre as várias estratégias empregadas neste tipo de abordagem temos, por exemplos: a auto-monitoração, o controle de estímulos, o emprego de técnicas de relaxamento, procedimentos aversivos. Em essência, esse tipo de abordagem envolve o estímulo do auto-controle ou auto-manejo para que o indivíduo possa aprender como escapar do ciclo vicioso da dependência, e tornar-se assim um agente de mudança do seu próprio comportamento (BRASIL, 2004 a).

Segundo Balbani (2005), o diálogo com o paciente é o primeiro passo para o abandono do fumo. Deve-se avaliar se o doente é dependente ou não da nicotina, quanto fuma, se está disposto a parar de fumar, se tem doenças associadas e quais são as formas de tratamentos mais acessíveis a ele.

Estudos mostram que, qualquer que seja a duração dessa abordagem, há um aumento da taxa de abstinência. Porém, quanto maior o tempo total da abordagem, maior a taxa de abstinência. Por outro lado, a partir de um tempo de abordagem de 90 minutos, não ocorre aumento adicional da taxa de abstinência (FIORE APUD BRASIL, 2004 a). A associação de abordagens nas linhas que se seguem, até um máximo de quatro, conduz a um significativo aumento na taxa de cessação:

1. Preparar o fumante para soluções de seus problemas;

2. Estimular habilidades para resistir as tentações de fumar;
3. Preparar para prevenir a recaída;
4. Preparar o fumante para lidar com o stress.

Para que o profissional de saúde possa ajudar um paciente a deixar de fumar, é necessário, em primeiro lugar, que ele entenda a dependência à nicotina.

A dependência a nicotina possui três componentes básicos: dependência física, responsável pelos sintomas da síndrome de abstinência quando se abandona o cigarro; dependência psicológica, responsável pela sensação de ter no cigarro um apoio ou um mecanismo de adaptação para lidar com sentimentos de solidão, frustração, com as pressões sociais e outras; e condicionamento, representado por associações habituais com o ato de fumar (fumar e tomar café, fumar e trabalhar, fumar e dirigir, fumar e consumir bebidas alcoólicas, fumar após as refeições e outras).

Dessa forma, o tratamento do fumante tem como eixo a abordagem cognitivo-comportamental, para informar ao fumante sobre os riscos de fumar e os benefícios de cessar o tabagismo, motivá-lo a deixar de fumar e apoiá-lo no processo de cessação, fornecendo as orientações necessárias para que ele consiga lidar com a síndrome de abstinência, com a dependência psicológica e os condicionamentos associados ao hábito de fumar.

O programa “deixando de fumar sem mistérios” do Ministério da Saúde foi a estratégia encontrada pelos profissionais que atuam na atenção básica de ajudar seus pacientes que assim o desejam a cessar o tabagismo. Este programa é destinado a ajudar os participantes a deixarem de fumar, fornecendo-lhes todas as informações e estratégias necessárias para direcionar seus próprios esforços nesse sentido. Ele consiste de uma abordagem ativa e pragmática, em que os participantes são incentivados a aplicar o que aprenderam com o programa em outros aspectos da sua vida.

O Programa é composto por quatro sessões de grupo (de 10 a 15 pessoas), de uma hora e meia, uma vez por semana, por um período de quatro semanas. Num programa com essa duração, obtém-se tanto êxito quanto num programa mais longo.

Contendo todos os elementos que são significativos para ajudar fumantes a pararem de fumar e a permanecerem sem cigarros, ele aborda os comportamentos, pensamentos e sentimentos dos fumantes. Finalmente, ele usa a interação de grupo para incentivar e apoiar as mudanças, sem, no entanto, estimular a dependência dos participantes ao grupo. Embora tenha sido elaborado para ser aplicado em quatro sessões de uma hora e meia, pode haver flexibilidade.

Tem-se a opção de conduzir encontros mais demorados, para mostrar filmes ou ampliar as discussões de grupo. No entanto, a programação básica deve ser sempre mantida (BRASIL, 2004 b).

Segundo as orientações do Ministério da Saúde, o programa deve ser coordenado por dois profissionais de saúde de nível universitário, previamente capacitados e que possuam as seguintes qualidades: tenham compromisso com a preservação da saúde; gostem de trabalhar com grupos; tenham facilidade de relacionamento, flexibilidade e bom senso; sejam capazes de falar simples e diretamente e não serem fumantes. No entanto, caso não haja disponibilidade dos dois profissionais, os grupos poderão ser orientados somente por um deles.

O grupo em questão foi orientado por apenas um profissional, embora o médico da equipe também seja capacitado para este trabalho, e realize as avaliações e intervenções clínicas necessárias, fora do horário das sessões.

O coordenador é responsável por manter todos os participantes envolvidos no processo. Isso significa envolvê-los nas discussões em grupo sempre que for necessário. Também é papel do coordenador cuidar para que as sessões de grupo iniciem e terminem no horário preestabelecido, bem como manter os seus próprios comentários e as discussões do grupo dentro da pauta. Isso é especialmente importante, porque o Programa é dinâmico, intensivo e com muito material para ser abordado em um período de tempo relativamente curto.

Também é responsabilidade do coordenador manter um registro dos progressos feitos pelos participantes e guardar essas anotações para estudo e observações posteriores.

2.2.1 Primeira fase da sessão: A Atenção individual

Cada sessão, exceto a primeira, deve ser aberta solicitando perguntas e estimulando a troca de experiências. Em geral, participantes de grupos mostram-se ansiosos em compartilhar suas experiências.

O fato de este Programa ter seu conteúdo condensado em seis horas estimula os participantes a serem ativos tanto em parar de fumar quanto em discutir dúvidas com o grupo. Embora possa não haver tempo suficiente para discutir em profundidade as experiências de cada participante em todas as sessões, é importante para cada um que, ao menos, seja mencionado o seu caso. Isto é, se ele ainda está fumando, quanto e o que está fazendo a respeito. Essa informação será útil para o coordenador saber quais aspectos a destacar na fase de Estratégias e informações.

2.2.2 Segunda fase da sessão: Estratégias e informações

A segunda fase de cada sessão consiste da apresentação das Estratégias e informações. Há uma grande quantidade de material para ser apresentado durante esse período de tempo. Deve ser apresentado da maneira mais simples e direta possível, de modo que um mínimo de tempo seja necessário para trabalhar sobre os tópicos. Também é necessário pedir aos membros do grupo para guardar a maior parte dos comentários sobre os temas para a fase de Revisão e discussão. No entanto, deve-se enfatizar que os participantes devem sempre se sentir à vontade para fazer perguntas necessárias ao esclarecimento dos assuntos. Se os participantes não entenderem um ponto que está sendo apresentado, deve-se deixá-los pedir esclarecimentos na hora, em vez de deixá-los fazer quando já se tiver passado para outro tópico.

O conteúdo que se apresenta aos participantes na fase Estratégias e informações também está apresentado no Manual do Participante. Eles entrarão em contato com cada tema de acordo com a seguinte ordem:

1. Na sua apresentação durante a fase Estratégias e informações;
2. Na fase Revisão e discussão;
3. No Manual do Participante;

4. Na fase Atenção individual das sessões de grupo subseqüentes, quando poderão existir mais questões, uma vez que os participantes lerão o material somente após cada sessão.

As estratégias e informações particulares a serem apresentadas estarão especificadas em detalhe dentro do conteúdo de cada sessão, que, por sua vez, tem um objetivo geral.

É útil iniciar cada fase de Estratégias e informações dizendo qual é esse objetivo e como as estratégias e informações que serão apresentadas relacionam-se com ele.

2.2.3 Terceira fase da sessão: Revisão e discussão

Na etapa de Revisão e discussão de cada sessão deve-se rever brevemente o material que acabou de ser apresentado na etapa Estratégias e informações. Se for útil, também se pode relacionar esse assunto com o apresentado na sessão anterior.

A maior parte de cada fase de Revisão e discussão deve estar voltada para a discussão aberta entre os participantes sobre o material que acabou de ser apresentado. Os participantes também poderão fazer uso desse período de tempo pedindo que o coordenador esclareça aspectos particulares do assunto e relacione as estratégias e informações com as situações pessoais.

O coordenador deve encorajar os participantes a compartilharem suas idéias e experiências entre si durante esse período. Além de dar as suas próprias sugestões aos participantes individualmente, o coordenador deve sugerir aos outros participantes que também o façam.

1.2.4 Quarta fase da sessão: Tarefas

A fase de Tarefas de cada sessão de grupo deve durar no máximo 15 minutos. Essa fase tem duas partes. A primeira é pedir que leiam, no Manual do participante, a sessão correspondente à que acabaram de participar. A segunda é

chamar a atenção para os objetivos individuais que os participantes tenham estabelecido para si próprios.

Este é o momento da sessão em que se explicita o objetivo que o participante precisa ter neste momento do tratamento especificamente, como observar seu comportamento relacionado ao cigarro, ou sua ansiedade, ou sobre o que ele faz para substituir o cigarro, dentre outros. Este comprometimento faz parte da técnica da terapia cognitivo-comportamental, já que ajuda o indivíduo a perceber seu comportamento, para poder modificá-lo.

1.3 Conteúdo das sessões

Cada sessão do grupo possui conteúdos previamente estabelecidos, para serem discutidos na medida em que os participantes evoluem na busca de seu objetivo.

Sessão 1. Entender por que se fuma e como isso afeta a saúde.

Sessão 2. Os primeiros dias sem fumar.

Sessão 3. Como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar.

Sessão 4. Benefícios obtidos após parar de fumar.

Os temas de cada sessão são trabalhados de forma dinâmica e dialogada, com base em conhecimento científico, porém, de forma simples e objetiva, para que os participantes possam relacionar tal conhecimento com seu dia-a-dia. Eles também tem a oportunidade de relatar como se sentem, ouvir os colegas e dar sugestões uns aos outros sobre o que devem fazer para o alcance de seu objetivo comum, que é a cessação do tabagismo.

Para auxiliar no tratamento da dependência física da nicotina, o Ministério da Saúde fornece aos municípios com unidades de saúde credenciadas para abordagem e tratamento do tabagismo:

- adesivo transdérmico de nicotina 21, 14 e 7 mg;
- goma de mascar de nicotina 2mg;
- cloridrato de bupropiona 150 mg.

Estes medicamentos são prescritos pelo médico da equipe, que também foi capacitado para trabalhar com o programa, e realiza uma avaliação individual com cada participante, avaliando qual ou quais destes medicamentos é mais adequado ao participante.

3 METODOLOGIA

3.1 Local do estudo

O estudo foi realizado numa Unidade de Saúde da Família do município de Forquilha, em Santa Catarina, onde ocorrem as reuniões do grupo de apoio ao tabagista.

3.2 Período do estudo

O estudo foi realizado de agosto a novembro de 2010.

3.3 Tipo de estudo

É um estudo qualitativo, pois atenta-se ao contexto social no qual o evento ocorre. Este tipo de pesquisa é usado quando não se podem ter instrumentos de medida precisos, desejam-se dados subjetivos ou se faz estudos de um caso particular, de avaliação de programas ou ainda quando não se possui informações sobre o assunto.

Esta pesquisa também é descritiva, e segundo Leopardi (2002), caracteriza-se pela necessidade de se explorar uma situação não conhecida, da qual se tem necessidade de maiores informações. O produto de uma pesquisa descritiva, segundo Ayala e Lameira, apud Leopardi (2002), não circunscreve unicamente a expor, explicar ou detalhar fenômenos. Os seus resultados, como em toda a investigação formal, são sempre aproveitáveis, no futuro, na alteração efetiva de certas práticas inoperantes.

Também é uma pesquisa exploratória, pois permite ao investigador aumentar sua experiência em torno de um determinado problema. Necessita de uma revisão de literatura, entrevistas, observações, testes padronizados, escalas ou emprego de questionários, entre outros.

3.4 Técnicas e instrumentos do estudo

A coleta de dados para esta pesquisa aconteceu através da entrega de um questionário com perguntas abertas aos participantes do grupo de apoio ao tabagista da Unidade de Saúde, conforme o apêndice 1, durante a sessão de manutenção do grupo.

Também foi entregue aos participantes o termo de consentimento livre e informado, conforme o apêndice 2, em duas vias, sendo solicitado aos participantes que respondessem as perguntas em casa, e depois devolvessem o questionário a unidade de saúde na semana seguinte.

Foram utilizados para a efetiva coleta de dados os questionários recebidos até o dia 02 de outubro de 2010, acompanhados de uma via assinada pelo participante do termo de consentimento livre e informado.

3.5 Participantes

Foram convidados todas as pessoas que participam do grupo de apoio ao tabagista na unidade de saúde onde foi realizado o estudo, e que aceitaram participar do estudo, assinando o termo de consentimento. O grupo de participantes a ser estudado esteve presente em cinco sessões do grupo de apoio ao tabagista, sendo que a sessão que não consta no programa foi conduzida com a ajuda da nutricionista do município, para esclarecer algumas dúvidas relacionadas ao fato de que parar de fumar os levaria a ganhar peso, e essa era uma preocupação de grande parte do grupo quando do início das sessões. Atualmente, o grupo é composto por dez pessoas, que se encontram uma vez ao mês, para a sessão de manutenção, onde compartilham experiências e sentimentos acerca da cessação do tabagismo.

3.6 Análise de dados

Os dados dos questionários foram analisados de acordo com parâmetros da análise de conteúdo, de modo que inicialmente lidos na sua íntegra, para em

seguida serem localizadas as expressões que informam as mudanças ocorridas no cotidiano dos participantes do grupo de apoio ao tabagista.

3.7 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC (Universidade do Extremo Sul Catarinense de Criciúma-SC), sob nº de protocolo 174/2010. A privacidade dos pacientes foi respeitada, sendo os dados obtidos utilizados somente para realização de estudos científicos, não havendo a possibilidade de qualquer tipo de identificação, tendo a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de todos os participantes.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

A coleta de dados para este trabalho foi realizada após aprovação pelo Comitê de Ética da Universidade e entrega do questionário, durante uma das sessões de manutenção do grupo de apoio ao tabagista. Os participantes foram orientados a responderem as perguntas em casa, caso aceitassem participar do estudo, e depois devolve-lo na Unidade de Saúde juntamente com uma das vias do TCLE devidamente assinada. Do total de dez participantes do grupo, cinco retornaram o questionário e termo. O motivo pelo qual os outros cinco não o fizeram, não é de nosso conhecimento. A seguir, apresentamos os resultados obtidos.

4.1 A identidade do grupo

Na apresentação, preservando a identidade dos participantes, usaremos numeração, de 1 a 5, que foi o total de pessoas que aceitaram participar do estudo. Desta forma, temos o seguinte perfil:

Participante	Sexo	Idade	Estado civil
Participante 1	Masculino	59 anos	Casado
Participante 2	Masculino	44 anos	Casado
Participante 3	Masculino	53 anos	Casado
Participante 4	Feminino	38 anos	Casada
Participante 5	Feminino	44 anos	Solteira

Quadro 1- Identificação dos participantes

Fonte: dados da pesquisa

A média de idade dos participantes foi de 47,6 anos, e 60 % destes são do sexo masculino. Os casados somam 80% da amostra.

Já se tem conhecimento de que as mulheres constituem a maior parte da amostra na maioria dos estudos publicados no Brasil e no exterior sobre fumantes

que procuram tratamento para abandonar o tabagismo. Além disso, nestes centros, comumente se observa no sexo feminino menores taxas de sucesso. (SANTOS, 2008).

Neste estudo, o grupo em questão iniciou com 5 mulheres e 5 homens, porém, houve uma minoria de mulheres quando da realização da pesquisa, já que duas mulheres haviam desistido do tratamento na fase de manutenção, e uma não aceitou participar da pesquisa. O número de participantes que desistiu de realizar o tratamento foi igual em ambos os sexos, já que um dos homens, apesar de ter obtido sucesso no tratamento também não aceitou participar da pesquisa.

Em estudo realizado por Castro et al em 2008, não houve diferença significativa entre homens e mulheres quanto aos dados socioeconômicos e relacionados ao consumo de tabaco, o que permite que se comparem os dois grupos. O mesmo estudo não encontrou associação entre gravidade do tabagismo e depressão entre os sujeitos do sexo masculino, nem entre sintomas de ansiedade e depressão e gravidade do tabagismo entre as mulheres pesquisadas.

4.2 O desejo de mudança frente ao tabagismo

Entre os objetivos do estudo, abordou-se a mudança de comportamento através do abandono do uso do cigarro e a relação desta mudança com a participação no grupo de apoio ao tabagista. Ao serem questionados sobre quando isso ocorreu, as respostas foram unânimes, pois todos pararam de fumar durante a participação no grupo.

A participação destas pessoas neste estudo pode ter uma relação com sua autoconfiança e motivação de estar conseguindo manter-se sem o tabaco, já que para eles, é um motivo para orgulharem-se de si mesmos. Da mesma maneira, alguns dos outros participantes, por não terem obtido sucesso na manutenção do tratamento, podem ter se sentido envergonhados e, por este motivo, não quiseram participar do estudo.

Ressalta-se aqui a importância do apoio social proporcionado pelo grupo quando da realização do tratamento para cessação do tabagismo, já que através do compartilhamento de suas angústias e dificuldades para manterem-se sem o cigarro, os participantes se sentiram estimulados na busca de seu objetivo.

Mazoni (2008), afirma que a terapia cognitivo-comportamental tem como finalidade informar o tabagista sobre os riscos do cigarro e os benefícios de parar de fumar. Além disso, possibilita apoiar o cliente durante o processo de cessação, oferecendo orientações para que possa lidar com a síndrome de abstinência, a dependência psicológica e os comportamentos associados ao comportamento de fumar. No tratamento cognitivo-comportamental do tabagismo utilizam-se técnicas de treinamento de habilidades, de solução de problemas, bem como o apoio social. Neste grupo específico, foi possível perceber a importância do apoio social, visto que todos os seus participantes pararam de fumar durante o período de realização das sessões do grupo.

Quanto aos motivos que levaram os participantes a parar de fumar, são variados. O participante 1 disse: “porque nunca consegui parar de fumar sozinho, então o grupo foi mais uma chance.” A participante 5 disse: “porque há muito tempo desejava parar de fumar e não conseguia, estava com muita dificuldade de parar. Já havia tentado uma vez e não consegui.”

Uma grande parte dos tratamentos para tabagismo emprega algum tipo de técnica cognitivo-comportamental. A terapia comportamental procura auxiliar o fumante a identificar os gatilhos relacionados ao desejo e ao ato de fumar e utiliza técnicas cognitivas e de modificação do comportamento para interromper a associação entre a situação gatilho, a fissura de fumar e ao comportamento de consumo. Frequentemente, utilizam-se estratégias para lidar com estresse e afetos positivos e negativos, solução de problemas, além do manejo dos sintomas de síndrome de abstinência. Uma vez que o fumante pare de fumar, são utilizadas técnicas de prevenção de recaída (PRESSMAM, CARNEIRO e GIGLIOTTI, 2005).

Para os autores, o tratamento em grupo emprega essencialmente as mesmas técnicas que o individual, mas pode proporcionar algumas vantagens específicas, como maior suporte social e maior facilitação da discussão de situações de risco e meios de lidar com as mesmas. A facilitação da discussão de problemas, propiciada pelo grupo, também contribui de modo específico para a efetividade dos tratamentos. (PRESSMAM, CARNEIRO e GIGLIOTTI, 2005).

Cerca de 70% dos fumantes querem parar de fumar, mas poucos conseguem ter sucesso, sendo que a maior parte deles precisa de cinco a sete tentativas antes de deixar o cigarro definitivamente. A dependência à nicotina é uma

desordem complexa e difícil de ser superada. A motivação para deixar o hábito é um dos fatores mais importantes na cessação do tabagismo e está inter-relacionada a uma gama de variáveis hereditárias, fisiológicas, ambientais e psicológicas (RONDINA, 2007).

A existência de apoio social é considerada um fator importante para obtenção e manutenção da abstinência (CARMODY APUD PRESSMAM, CARNEIRO e GIGLIOTTI, 2005). Usualmente a maioria dos programas de cessação de tabagismo inclui algum tipo de suporte social, variando desde “avise os seus familiares e amigos”, até intervenções em grupos que promovem a criação de vínculos com outros fumantes tentando parar (FIORE *et al.*, apud PRESSMAM CARNEIRO e GIGLIOTTI, 2005); RAW *et al.*, apud PRESSMAM CARNEIRO e GIGLIOTTI, 2005).

Fica claro no relato dos participantes do estudo a importância que o apoio propiciado pelo grupo teve no alcance do objetivo de cessação do tabagismo, da mesma maneira que outros estudos já realizados evidenciam este aspecto. Sobre a motivação para abandonar o tabaco podemos observar pelas seguintes falas:

“porque estava me fazendo mau.” (participante 2)

“minha saúde, bem-estar, vergonha de fumar em ambientes que não pode fumar...”.(participante 3)

“achei que estava na hora de parar porque já estava me fazendo mal na respiração no comportamento e na sociedade não respeita um fumante são sempre excluídas e visto de atravessado então resolvi e com o apoio que tive superei.”(participante 4)

Citamos como exemplo, o relato de Shiffman *et al* apud Pressmam, Carneiro e Gigliotti, 2005), afirmando que a maioria das recaídas após um período de abstinência de cigarros está relacionada a situações de estresse psicossocial; muitas estão relacionadas também à presença de outros fumantes no ambiente. Lidar com o dependente do tabaco requer a adoção de uma perspectiva genuinamente integrada que inclua o biológico, o psicológico e o social, sem distinção de prioridade.

Segundo Mazoni (2008), a cessação do tabagismo traz consideráveis benefícios à saúde, pois indivíduos que param de fumar evitam a maioria das doenças associadas ao tabaco.

4.3 As mudanças sem o tabaco

Ao investigar as mudanças ocorridas com o abandono do tabaco, os participantes responderam quanto a sua percepção em relação ao comportamento após a cessação do tabagismo. As respostas que mais apareceram estão relacionadas a mudanças físicas, emocionais e de relacionamento. Quando relatam mudanças físicas, também associam a melhor disposição ou resistência, o alcance de objetivos que antes não eram possíveis, conforme podemos observar nas falas:

Passei a subir escada tranqüilo, sem ficar cansado rápido. (participante 2)

Estou comendo mais, a respiração mudou bastante, respiro mais aliviado, antes era mais pesado. Tossia muito, tinha dor nas pernas e aliviou muito. Melhorou a disposição para trabalhar, meu estomago melhorou muito, quase não sinto mais nada...(participante 3)

Agora consigo correr e subir escadas e não sinto mais falta de ar, cansaço e me alimento melhor, e sinto o sabor da comida.(participante 5)

Fiquei nervoso e agitado (Participante 1).

Bastante. Estou comendo mais, a respiração mudou bastante, respiro mais aliviado, antes era mais pesado. Tossia muito, tinha dor nas pernas e aliviou muito. Melhorou a disposição para trabalhar, meu estomago melhorou muito, quase não sinto mais nada... (Participante 3)

Sim, muitas, mais chata, mais irritada por qualquer coisa, mais comilona. Engordei 5 kg, me emociono fácil, muitas pessoas estão me dando apoio por parar de fumar (Participante 4).

Além da motivação, o fumante tem que enfrentar alguns fatores que dificultam o processo. Dentre esses, a intensidade da síndrome de abstinência é uma das principais causas que contribui para a manutenção do vício. Os sintomas variam em intensidade entre as pessoas e iniciam-se, geralmente, dentro de algumas horas após a interrupção, aumentando nas primeiras 12 horas e atingindo o auge no terceiro dia. O desconforto piora ao anoitecer, e as maiores queixas referem-se à compulsão aumentada, irritabilidade, ansiedade, dificuldade de concentração, agitação, sensação de sonolência ou embotamento, bem como reações de hostilidade. Tais alterações podem ser observadas por 30 dias ou mais,

mas os sintomas de compulsão podem durar por muitos meses ou anos. (RONDINA, 2007). Algumas alterações desagradáveis foram relatadas por dois participantes:

[...] mais chata, mais irritada por qualquer coisa, mais comilona. Engordei 5 kg, me emociono fácil, muitas pessoas estão me dando apoio por parar de fumar. (participante 4)

Fiquei nervoso e agitado. (participante 1)

O participante 2 respondeu ainda: *“passei a consumir menos bebida alcoólica e café (agora é só de manhã com leite [...]) Passei a ficar mais em casa, não fui mais no bar nem na cancha, faz uns 2 meses”*.

O participante 5 afirmou: *“sim, agora consigo correr e subir escadas e não sinto mais falta de ar, cansaço e me alimento melhor, e sinto o sabor da comida”*.

Segundo Moreno (2009), mais de 80% da população mundial adulta utiliza ou já experimentou algum tipo de bebida alcoólica, sendo que apenas cerca de 20% dela pode ser considerada completamente abstinência. Vários estudos relacionam o tabagismo com o consumo de bebidas alcoólicas, portanto, a relação feita pelo participante 2 não é exclusividade deste.

A participação em grupos de apoio para a cessação do tabagismo é uma boa estratégia para minimizar este problema de saúde pública que é o tabagismo, ao mesmo tempo em que favorece o fortalecimento do vínculo entre a equipe de saúde da família e a comunidade.

Além disso, fica claro nas respostas dadas pelos participantes, o quanto a cessação do tabagismo favorece a melhoria das relações sociais dos participantes, principalmente as familiares.

Quando a pergunta foi: *“Sua relação com seus familiares mudou após a cessação? De que forma?”* Apenas um participante afirmou não ter ocorrido mudanças; dois responderam mudanças positivas em relação aos familiares:

Melhorou a reclamação, pois eles reclamavam sempre do cigarro (participante 1).

Imagina. Melhorou bastante, porque estou mais em casa com os filhos e a mulher. (participante 2).

Dois participantes informaram mudança de comportamento, que nem sempre agrada ao familiar, principalmente quando voltado para irritabilidade, mudança de humor, como apresentam os relatos:

Mudou. Eles dizem que eu estou chato, porque estou corrigindo coisas que antes eu não corrigia. Minha esposa diz que não esta fácil me agüentar. (participante 3).

Sim, eu fiquei mais nervosa mas ele me entende, meus filhos dizem que eu não tenho mais cheiro de cigarro. Agora fico sempre cheirosa (participante 4).

Foi possível perceber a importância do apoio familiar durante o processo de abandono do cigarro, já que os participantes que tinham este suporte obtiveram sucesso com um pouco menos de sofrimento quando comparados com aqueles participantes que tinham apoio apenas em forma de cobrança no alcance do objetivo.

Ao final do questionário, os participantes foram abordados sobre a possível mudança na sua rotina com o abandono do cigarro. Entre as respostas, um deles relata não ter apresentado mudanças; os demais informaram várias mudanças, entre elas aparecem os aspectos físicos e de relacionamento. As falas a seguir descrevem estas mudanças de forma positiva:

Mudou muita coisa, nem sei como explicar. Mudou para melhor, é claro. Não sinto mais o cansaço que eu sentia. Agora tenho que arrumar uma bicicleta, para emagrecer!!! (2)

Tirei mais tempo pra mim e pra minha família porque agora estou mais perto. Pego mais no pé do meu filho por causa dos estudos...(3)

Destaque importante foi relatado por um participante, que citou a mudança de hábitos relacionados ao tabagismo e a necessidade e possibilidade de modificar a vida para melhor, mesmo reconhecendo a dificuldade de abandonar o cigarro.

Primeiro levantava e fumava um cigarro. Agora levanto tomo café. Antes de parar de fumar tudo que fazia era com o cigarro na boca: serviços domésticos, etc. minha rotina mudou muito, fiquei mais nervosa, mas nada que respirar fundo não resolve, mas digo e repito tem que ter força e vontade de parar de fumar, não é fácil, por isso que nos fumantes precisamos de muito apoio para vencer mais este obstáculo na nossa vida.(4)

E a mudança pode ir além, possibilitando a abertura de espaços sociais e promoção de bem estar pessoal, que colabora com a auto-estima do indivíduo, como cita outro participante:

Mudou, agora posso entrar em ambiente que é proibido fumar e ficar bastante tempo lá dentro sem ter que sair para fumar. Não sinto mais aquele cheiro de fumaça que ficava na roupa e cabelo e isso é muito bom.(5)

Durante a facilitação do grupo estudado, pudemos perceber o quanto conseguir abandonar o cigarro foi positivo na vida dos participantes do grupo, já que estes relataram estarem satisfeitos consigo mesmo por terem alcançado o objetivo, além do fato de terem sua auto-estima elevada e perceberem melhora em suas condições de saúde.

Enquanto profissional de saúde, pudemos perceber a importância de nosso trabalho em ações de promoção da saúde como grupos desta natureza. Além disso, a satisfação de ter contribuído para a conquista de algo tão importante na vida destas pessoas também foi extremamente gratificante, e serviu como estímulo para a realização de futuros grupos de apoio ao tabagista.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos dias atuais, os aspectos relacionados a saúde mental vem ocupando cada vez mais o dia a dia dos profissionais de saúde. Quando se fala em Estratégia de Saúde da Família (ESF), a saúde mental é algo inerente, já que todos os indivíduos que possuem particularidades em sua saúde mental são atendidos por esta estratégia.

A dependência química é um dos problemas de saúde publica mais presentes no cenário da ESF, já que a legalidade de algumas drogas contribui para o seu consumo, muitas vezes, de forma indiscriminada. O tabaco constitui a droga de maior presença na vida da população em geral, e apesar de sua legalidade, causa dependência de seus usuários e traz a eles grandes prejuízos em vários aspectos de suas vidas.

Os programas de auxílio para a cessação do tabagismo constituem uma estratégia do Ministério da Saúde para minimizar este problema de saúde publica que é atualmente o tabagismo.

Durante a realização dos encontros do grupo, que serviram de base para este estudo, pudemos observar que os participantes que aceitaram fazer parte da pesquisa apresentaram uma resposta positiva em relação à cessação do tabagismo, já que seguiram em abstinência, através do auxílio obtido no grupo para o alcance deste objetivo, por meio da troca de experiências e das informações obtidas no grupo. Desta forma, também puderam usufruir dos benefícios físicos, emocionais e sociais proporcionados por esta mudança em sua vida.

Os objetivos propostos quando do inicio deste estudo foram todos alcançados, pois através do conhecimento do perfil dos participantes e da identificação do abandono do tabagismo entre estes, pudemos conhecer as mudanças ocorridas em suas vidas.

Acreditamos que estudos deste tipo são muito importantes, por permitirem aos profissionais que trabalham como facilitadores de grupos de apoio possam avaliar o desempenho de seu trabalho, ao mesmo tempo em que servem como base para o estímulo de outras pessoas que desejam cessar o tabagismo, seja este estímulo dentro ou fora de um grupo de apoio.

É importante reconhecermos que há um percentual significativo de tabagistas que também não conseguem seguir em abstinência, bem como assumir e/ou declarar publicamente esta dificuldade. Desta forma, os profissionais de saúde devem desenvolver estratégias não só para o tratamento, mas também a prevenção do uso de drogas, através da educação em saúde. Promover debates e/ou palestras em escolas é uma forma de prevenção e com as famílias alertar sobre a educação no lar, já que seus hábitos e costumes servem de modelo para os filhos, que poderão ser ou não usuários de substâncias no futuro.

REFERÊNCIAS

BALBANI, Aracy Pereira Silveira; MONTOVANI, Jair Cortez. **Métodos para abandono do tabagismo e tratamento da dependência da nicotina**. Revista Brasileira de otorrinolaringologia. Parte 1: novembro/dezembro 2005. Disponível em www.scielo.br; acesso em 16 de agosto de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na Rede SUS**. Portaria 1.035 de 2004 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Deixando de fumar sem mistérios: manual do coordenador**. 2ª edição - Rio de Janeiro: INCA, 2004 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). **Abordagem e Tratamento do Fumante - Consenso 2001**. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

CASTRO, Maria da Graça. OLIVEIRA, Margareth da Silva. MORAES, João Feliz Duarte de. MIGUEL, Alessandra Cecília. ARAÚJO, Renata Brasil. **Qualidade de vida e gravidade da dependência de tabaco**. Revista de Psiquiatria Clínica. 34 (2); 61-67, 2007. Disponível em www.scielo.br; acesso em 22 de setembro de 2010.

CASTRO, Maria da Graça Tanori de; OLIVEIRA, Margareth da Silva; ARAUJO, Renata Brasil; PEDROSO, Rosemeri Siqueira. Relação entre gênero e sintomas depressivos e ansiosos em tabagistas. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v.;30, p. 25 – 30, 2008. Disponível em www.scielo.br; acesso em 22 de setembro de 2010.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Editora Pallotti, 2002.

MAZONI, Cláudia Galvão; FERNANDES, Simone; PIEROZAN, Pollianna Sangalli; MOREIRA, Taís; FREESE, Luana; FERIGOLO, Maristela; BARROS, Helena M. T. A eficácia das intervenções farmacológicas e psicossociais para o tratamento do tabagismo: revisão da literatura. **Estudos de Psicologia**. São Paulo, v 13, página 133-140, setembro, 2008. Disponível em www.scielo.br; acesso em 16 de agosto de 2010.

MORENO, Rafael Souza; VENTURA, Renato Nabas; BRÊTAS, José Roberto S. Ambiente familiar e consumo de álcool e tabaco entre adolescentes. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 27, p. 354-60, 2009. Disponível em www.scielo.br; acesso em 22 de setembro de 2010.

PRESMAN, Sabrina; CARNEIRO, Elizabeth; GIGLIOTTI, Analice. Tratamentos não-farmacológicos para o tabagismo **Revista de Psiquiatria Clínica**. V 32, p. 267-275, 2005. Disponível em www.scielo.br; acesso em 16 de agosto de 2010.

RAMOS, Donatela; SOARES, Thais da Silva Tavares; VIEGAS, Karin. Auxiliando usuários de uma unidade de saúde a parar de fumar: relato de experiência. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. V 14(Supl. 1), 2009. Disponível em www.scielo.br; acesso em 03 de julho de 2010.

RONDINA, Regina de Cássia; GORAYEB, Ricardo; BOTELHO, Clóvis. Características psicológicas associadas ao comportamento de fumar tabaco. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v 33, p.592-601, 2007. Disponível em www.scielo.br; acesso em 21 de setembro de 2010.

SANTOS, Sergio Ricardo; GONÇALVES, Maria Stela; FILHO, Fernando Sergio Studart Leitão; JARDIM, José Roberto. Perfil dos fumantes que procuram um centro de cessação de tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. V. 34, p. 695-701, 2008. Disponível em www.scielo.br; acesso em 16 de agosto de 2010.

APÊNDICES

Apêndice A: Questionário entregue aos participantes

Idade: _____ anos sexo: () fem () masc Estado civil: _____

1. Você parou de fumar :

() durante participação no grupo de apoio ao tabagista

() depois da sua participação no grupo de apoio ao tabagista

Por que? _____

2. Você percebeu alguma mudança no seu comportamento após a cessação do tabagismo? Quais? (atenção para o físico, emocional, social...)

3. Sua relação com seus familiares mudou após a cessação? De que forma?

4. O que mudou na sua rotina diária após a cessação do tabagismo?

Apêndice B: Termo de Consentimento Livre Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC

Curso de pós-graduação em saúde mental

É de meu conhecimento que a acadêmica do curso de pós-graduação em saúde mental da UNESC, Scheila de Lima Martins, orientanda da Prof^a. MSc. Izabel Medeiros está desenvolvendo uma pesquisa com os participantes do grupo de apoio ao tabagista – GAT, com o objetivo de conhecer as mudanças ocorridas no cotidiano das pessoas que participaram do GAT.

Dessa forma, eu,....., concordo em participar da pesquisa, de forma livre e espontânea, em seus momentos de coleta de dados (questionário), podendo desistir a qualquer momento. Estou informando que tenho garantida a confiabilidade e o sigilo dos dados.

Criciúma, _____ de _____ de 2010.

Assinatura: _____

Acadêmica: Scheila de Lima Martins

Fone para contato: (48) 99791306

Orientadora: MSc.Izabel Medeiros

Comitê de ética em pesquisa

Fone Contato: (48) 3431 – 2578